

# COMO OS ENFERMEIROS AVALIAM O CUIDADO/CUIDADOR FAMILIAR\*

## HOW NURSES EVALUATE THE CARE AND THE FAMILY CAREGIVER

Oséias Guimarães Andrade<sup>1</sup>  
Sonia Silva Marcon<sup>2</sup>  
Doris Marli Petry da Silva<sup>3</sup>

### RESUMO

*O presente estudo teve como objetivo identificar a forma como os enfermeiros avaliam o cuidado/cuidador familiar e foi desenvolvido através de uma estratégia quali-quantitativa. Para a coleta dos dados se utilizou uma entrevista semi-estruturada, que foi aplicada a 20 enfermeiros de um hospital universitário, nos meses de abril e maio de 1996. O procedimento para a análise dos dados se baseou na técnica de Análise de Conteúdo de BARDIN (1994). Os resultados demonstraram que os enfermeiros não dispõem de uma sistematização para avaliar o cuidado/cuidador familiar, mas que eles fazem uso de sua intuição, baseado no aqui e agora. Isto revela uma dificuldade de integração entre o cuidado formal e informal, causada pela deficiência de interação ou valorização efetiva do processo de cuidado familiar.*

**UNITERMOS:** *cuidado, cuidado familiar, cuidador familiar e avaliação.*

### 1 INTRODUÇÃO

O avanço científico e tecnológico dos últimos anos, observado principalmente após a 2ª Guerra Mundial, tem contribuído para a modificação do perfil das populações em todos os países do mundo, especialmente daqueles em desenvolvimento. Com relação a este fenômeno destacam-se no cenário mundial alguns países como o Brasil, onde a diminuição do nível de fecundidade, a extinção de algumas doenças, bem como o controle mais eficaz de outras, tem repercutido de forma a elevar de maneira surpreendente a expectativa de vida da população brasileira.

Veras, Ramos e Kalache (1987), afirmam que para um brasileiro nascido na década de 40, a expectativa de vida ao nascimento era de 39 anos e na década de 80 ultrapassa os 64 anos. Este fenômeno conhecido como transição epidemiológica tem provocado, ao nosso ver, grande impacto nos diversos segmentos da sociedade.

Este fato pode ser explicado na medida em que se verifica, por um lado, a diminuição da mortalidade causada por algumas doenças da infância e por outro, o volume crescente de doenças crônico-degenerativas, afecções típicas da 3ª idade e características dos dias atuais.

Tais afecções apresentam como peculiaridades marcantes, a duração e o risco de complicações, que exige portanto um rigoroso esquema de controle e cuidados permanentes. Forja-se, então, uma preocupação dos profissionais de saúde, não só com o paciente internado mas também com a sua família, a qual dará continuidade ao controle e cuidados que esses pacientes necessitarão após a alta hospitalar.

Concordamos com Brody (1981), quando afirma que a família é o primeiro cuidador e fonte de apoio social para as pessoas idosas acometidas de doenças crônicas. Entretanto, acreditamos também que a família, de uma maneira geral, é a que arca com a responsabilidade de continuar controlando e cuidando da saúde de seus membros, independente da faixa etária dos mesmos, visto que não podemos ignorar a ausência da onipotência das instituições no âmbito de saúde.

A família cada vez mais tem assumido parte da responsabilidade de cuidar de seus membros, e nesta perspectiva, necessita de apoio dos profissionais, no que diz respeito à atenção a saúde, seja a nível hospitalar ou domiciliar. Es-

\* Trabalho desenvolvido por membros do NEPAAF (Núcleo de Estudos, Pesquisa, Assistência e Apoio à Família) da Universidade Estadual de Maringá.

1 Enfermeiro, docente da Universidade Estadual de Maringá. Doutorando em Enfermagem Fundamental - USP - RP.

2 Enfermeira, docente da Universidade Estadual de Maringá. doutoranda em Filosofia da Enfermagem na UFSC. Coordenadora do NEPAAF.

3 Enfermeira do Hospital Universitário de Maringá. Mestranda em Enfermagem Fundamental na USP - RP.

te fato, ao nosso ver, implica em um redirecionamento na prática assistencial e por conseguinte, em um esforço por parte dos profissionais enfermeiros para tentar compreender estas mudanças, já que sua formação acadêmica os orienta para uma visão curativa/hospitalar e individual da saúde.

Assim, entendemos que se faz necessário desenvolver pesquisas com intuito de compreender a concepção de família enquanto cuidadora, que circula entre os profissionais de saúde, bem como os parâmetros que balizam sua avaliação acerca do perfil dessas famílias no controle e cuidado à saúde, tanto a nível hospitalar como domiciliar. Neste sentido, nos propusemos a desenvolver um estudo que contribuisse nas discussões sobre estes aspectos. Norteados este estudo, formulamos os seguintes questionamentos: – como o enfermeiro avalia o cuidado/cuidador familiar? – que parâmetros são considerados pelo enfermeiro para avaliar o cuidado/cuidador familiar?

Para responder a estas questões, estruturamos o estudo de forma a atingir os seguintes objetivos:

- identificar alguns aspectos utilizados pelos enfermeiros para avaliar o cuidado familiar.
- descrever os parâmetros que orientam a avaliação de cuidado/cuidador familiar, pelo enfermeiro.

## 2 METODOLOGIA

Para desenvolvimento do estudo, do tipo exploratório-descritivo, optamos pelos pressupostos do método qualitativo no que concerne à sua forma interpretativa.

Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada com 20 enfermeiros de um hospital universitário, em um município do estado do Paraná, nos meses de abril e maio de 1996.

A autorização para a realização do estudo foi solicitada à diretoria de enfermagem da instituição, através de contato pessoal e posteriormente formalizado com uma carta ofício, visto que os sujeitos do estudo foram entrevistados nos seus próprios locais de trabalho, em horários previamente acordados. Nesta ocasião, foi explicado aos sujeitos a intenção do estudo e solicitado sua colaboração, garantindo-lhes o anonimato, havendo anuência por parte de todos. Cada entrevista teve uma duração média de 50 minutos, e as respostas dos informantes foram registradas integralmente, no mesmo momento em que as mesmas eram lidas, para que os sujeitos validassem o seu conteúdo, concordando com o mesmo, complementando-o ou corrigindo-o.

Para análise dos dados adotamos a técnica de Análise de Conteúdo, preconizada por Bardin (1994), onde foram levadas em consideração ape-

nas e unicamente as falas dos sujeitos como unidades de análise. Assim, após leitura e escuta flutuante realizada pelos autores, os dados foram refletidos, visando a escanção e o reagrupamento em sistema de categorias, para posterior identificação de temas significativos a serem interpretados.

## 3 INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Para facilitar a interpretação e discussão dos dados coletados, estes foram trabalhados sob uma organização, onde traduzimos as questões do instrumento utilizado nas entrevistas em tópicos seqüenciais, o que permitiu a identificação de nove temas, como pode ser observado no quadro a seguir:

Quadro 1

Temas identificados a partir da percepção de enfermeiros sobre o cuidado/cuidador domiciliar.

TEMAS	CATEGORIAS
1 - A presença da família no hospital	- ajuda - atrapalha
2 - O desejo da família de querer ou não ficar junto com o paciente no hospital	- quer permanecer - não quer permanecer
3 - Interferência da família no cuidado hospitalar	- negativa - positiva
4 - Necessidades da família no ambiente hospitalar	- informações - psicológicas - conforto físico
5 - O cuidado familiar	- cuidados de manutenção da vida - cuidados de reparação
6 - Limitações na condução do cuidado familiar	- ordem pessoal - fatores sociais
7 - O cuidador familiar	- sexo - grau de parentesco - comportamento - atributo pessoal
8 - Estratégias utilizadas pela família para cuidar	- divisão de responsabilidades - responsabilidade assumida por uma única pessoa
9 - Ambiente em que ocorre o cuidado	- domiciliar - hospitalar

### 3.1 A presença da família no hospital

Quando os enfermeiros são questionados sobre como percebem a presença da família no hospital, observamos que suas opiniões variam em grande medida, e apresentam diferentes conotações, caracterizando uma forma subjetiva e individual de cada um perceber esta presença.

Os aspectos que os enfermeiros referiram, que os influencia na forma como percebem a presença da família no hospital, tiveram as seguintes conotações: dois enfermeiros manifestaram aspectos que tem relação direta com o agir da família, e um outro, com o estado do paciente. No primeiro caso, eles referiram que percebem esta presença através / a partir da preocupação da família, de seu interesse pelos cuidados e de sua participação nos cuidados. Quando tem relação direta com o estado do paciente o enfermeiro disse que *"quando a família é omissa o paciente é mais dependente da enfermagem e quando a família é presente o paciente só precisa da enfermagem para cuidados especiais"*.

O mesmo é observado em relação aos motivos que os levam a ter atitudes favoráveis à permanência da família no hospital. Nestes motivos identificamos preocupações com o momento presente, ou melhor, com a qualidade da experiência vivida (*"diminui ansiedade do paciente"*, *"diminui angústia da família"* e *"possibilita à família conhecer a equipe que cuida do paciente"*); ou então, com o preparo da família para dar continuidade ao cuidado no domicílio, como pode ser percebido nas seguintes manifestações: *"porque na alta o familiar tem mais segurança para cuidar"* e *"porque quanto mais esclarecido, mais condições terá de ajudar"*.

A avaliação da presença da família no hospital, por sua vez, geralmente é feita em termos da ajuda que a família dá, bem como das vantagens desta presença para o desenvolvimento do cuidado profissional. É esta ajuda que faz com que a presença da família no hospital seja percebida de forma positiva ou negativa.

No total tivemos quatro enfermeiros que avaliaram negativamente esta presença, totalizando nove manifestações, onde se destacam as seguintes: *"acompanhante apenas dorme"*, *"acompanhante não assume nada"*, *"... não muito participativa"*, *"presença não integrada aos cuidados"*, *"só está presente..."*; e dois enfermeiros que percebem positivamente esta presença e se manifestaram dizendo que *"é importante para a família permanecer ao lado do paciente"* e que *"a família é importante para o restabelecimento físico e psíquico do paciente"*. Além disso, um enfermeiro demonstrou ter uma percepção ambivalente ao afirmar que *"às vezes ajuda e às vezes atrapalha"*.

Embora só dois enfermeiros, ao avaliarem a presença da família no hospital, tenham apresentado manifestação positiva, outros três referiram ser favoráveis a esta presença por considerá-la imprescindível para o paciente sendo que um deles acha que esta presença é importante para o paciente e também para a família. Além disso, um outro enfermeiro ao abordar a presença da família no hospital manifestou como ele percebe que a enfermagem vê esta família: *"quando o paciente tem grau de dependência a família é bem vinda, ou seja, a família não é excluída quando o paciente tem grau de dependência maior"*.

As vantagens da presença da família no hospital foram referidas por três enfermeiros, os quais citaram que esta presença *"possibilita que a enfermagem faça orientações"* e *"possibilita à família acompanhar os cuidados"*. Além disso, identificamos que esta presença, segundo os enfermeiros, também traz algumas vantagens para a evolução do quadro do paciente, visto que alguns afirmaram que *"a parte psicológica é melhor quando a família esta junto"*, *"o paciente responde melhor ao tratamento"* e *"quando a família está presente faz com que o paciente facilite o cuidado"*.

Um único enfermeiro fez referência às desvantagens da presença da família no hospital, referindo que *"o paciente perto da família exagera os seus sintomas, fica mais emotivo e desajando mais atenção da família"*.

Por fim, a família em si é percebida como *"tensa, angustiada"*, *"desconhecendo parcial ou totalmente o problema do paciente"*.

Entendemos que como não existe um instrumento formal para orientar de forma sistematizada uma avaliação da presença da família no hospital, o que prevalece é a opinião particular de cada sujeito. A avaliação, portanto, é caracterizada por um alto grau de subjetividade e permeada por variáveis diversas, que derivam da experiência individual de cada enfermeiro.

De qualquer forma, o pensamento dos sujeitos a respeito da presença da família no hospital, pode ser agrupada em duas grandes categorias: ajuda e atrapalha.

Com relação à categoria **"ajuda"**, encontramos várias manifestações, como por exemplo podemos citar: *"quando a família está presente, o paciente só precisa da enfermagem para cuidados especiais"*, *"a família é importante ao lado do paciente"*. Podemos inferir que esta categoria revela uma atitude favorável à presença da família no hospital, o que pode ser compreendido também como sendo uma avaliação positiva que o enfermeiro faz do cuidado/cuidador familiar. Dentro dessa categoria pudemos incluir um total de 29 manifestações.

A categoria “**atrapalha**” foi interpretada pelos autores como sendo uma expressão que revela uma atitude desfavorável à presença da família no hospital, o que demonstra uma avaliação negativa do cuidado/cuidador familiar: “*não dá nem água para o paciente*”, “*presença não integrada aos cuidados*”. Dentro desta categoria incluímos um total de 11 manifestações.

A forma como os enfermeiros percebem a presença da família no hospital parece ter uma relação direta sobre a forma como eles percebem a figura do cuidador familiar, que pode ser concebida de duas maneiras: uma imagem positiva (23 manifestações) e outra negativa (14 manifestações). A imagem positiva denota que o profissional enfermeiro compreende a existência de um cuidado informal, “*leigo ou profano*”, e por conseguinte, a figura do cuidador, que é responsável por este cuidado. Neste sentido destacamos algumas verbalizações; “*... é a pessoa que dá continuidade ao cuidado em casa...*” ou “*... complementa o trabalho dos profissionais...*”.

Com relação à imagem negativa construída sobre o cuidador familiar, salientamos que esta é derivada de experiências também negativas, vividas pelos enfermeiros que atuam junto às famílias dos pacientes, como pode ser percebido nas verbalizações a seguir: “*... têm pessoas que são super protetoras, atrapalham*”, “*se ficam junto ao paciente por muito tempo são irritados, estressados, insuportável, querem ir embora...*”.

### 3.2 O desejo da família de querer ou não permanecer junto com o paciente no hospital

Identificamos que na percepção dos enfermeiros a família às vezes quer e às vezes não quer permanecer no hospital e isto, segundo suas percepções, normalmente “*depende do quadro do paciente*” e do “*relacionamento anterior entre família e paciente*”. Os casos em que os enfermeiros percebem que a família não quer permanecer, referidos foram: idosos (5 enfermeiros), pacientes crônicos (4 enfermeiros), pacientes graves (1 enfermeiro), paciente psiquiátrico (1 enfermeiro), quando o paciente dá muito trabalho (1 enfermeiro) e criança (1 enfermeiro).

Os diferentes motivos que levam os familiares a não quererem permanecer no hospital foram referidos por 17 dos 20 enfermeiros em estudo e eles envolvem desde a limitação da família, que pode ser física, representada por manifestações do tipo: “*porque estão cansados*” (referida por 7 enfermeiros) e “*querem aproveitar a internação para descansar*” (5 enfermeiros), ou limitação de capacidade, já que um enfermeiro referiu que a família “*se sente impotente e por isto não acredita que sua participação possa ajudar na reversão do quadro*” e outro, que “*a*

*família não quer ficar porque não tem condições*”. Por fim, três enfermeiros referiram que quando a família não quer ficar é porque não tem disponibilidade de tempo para isto.

Em outro extremo, alguns enfermeiros acreditam que a família não quer ficar por rejeição ao paciente “*porque acha que o paciente é um estorvo*” (1 enfermeiro) e nestes casos aproveita a internação “*para ficar livre do paciente*” (2 enfermeiros). Neste mesmo extremo também localizamos os motivos relacionados à ausência de vínculo afetivo entre paciente e família, onde se inclui manifestações que denotam a percepção dos enfermeiros sobre o fato do familiar “*não assumir o papel de cuidador*” (1 enfermeiro), “*não sentir que tem obrigação de cuidar*” (2 enfermeiros), “*não ter interesse*” (1 enfermeiro) ou “*ter preguiça*” (1 enfermeiro).

Por outro lado, os enfermeiros percebem que a família quer ficar junto principalmente nos casos de pacientes com quadro agudo. Nestas situações, identificamos que suas manifestações sobre os motivos que levam a família a querer permanecer no hospital podem ser classificadas em seis tipos:

- por insegurança – “*porque acreditam que estando junto o serviço é melhor*”, “*para se sentir mais seguro*”, “*porque não consegue confiar*”, “*porque se preocupa*”, “*sentem-se como fiscalizadores*” (12 enfermeiros).

- para estar junto – “*para dar apoio psicológico*”, “*para dar segurança*”, “*para diminuir ansiedade*” (6 enfermeiros).

- porque tem interesse no paciente – “*porque se importa com o paciente*” e “*para se inteirar do que acontece*” (4 enfermeiros).

- porque se sente co-responsável pela recuperação do paciente – “*quando assume o papel de cuidador*”, “*quer ajudar de alguma forma*” (4 enfermeiros).

- para aprender – “*quer aprender para dar continuidade*”, “*para conhecer os problemas do paciente*” (3 enfermeiros).

- por obrigação ou respeito (referido por apenas um enfermeiro).

Para dois dos enfermeiros em estudo, o fato do familiar querer permanecer junto com o paciente tem um significado, ou seja, “*demonstra o interesse da família neste indivíduo*”, ou “*a importância do mesmo para a família*”.

É importante ressaltar que a percepção dos enfermeiros de que a família não quer ficar junto por esgotamento e cansaço vai ao encontro das constatações de vários autores, quando investigam as causas de reinternações.

Goldstein, Regnery e Wellin (1981), afirmam que é comum o aparecimento de fadiga no cuidador familiar devido, muitas vezes, à soma de seu papel de cuidador a outras atividades que ele precisa continuar desenvolvendo. Andrade

(1996) encontrou em seu estudo que o cuidador familiar, na maioria das vezes, assume o seu papel solitariamente, o que o leva à deterioração física e emocional.

Collière (1989), analisando esta problemática, sugere que o enfermeiro exerça o cuidado no domicílio, pelo menos 2 vezes na semana, de forma a possibilitar que o cuidador refaça suas energias.

### 3.3 Interferência da família no cuidado hospitalar

Com relação a este tema, identificamos que 10 enfermeiros acreditam que a família interfere no cuidado hospitalar, 2 enfermeiros não acreditam que ela interfira e 6 enfermeiros acreditam que às vezes a família interfere. A maioria dos enfermeiros portanto (16), avaliam que a família interfere (freqüentemente ou às vezes). Esta interferência tanto pode ser interpretada pelos enfermeiros de forma positiva (11 manifestações), como negativa (16 manifestações). Sete enfermeiros apresentaram exemplos nos quais as interferências são interpretadas de forma positiva e constatamos que, nestes casos, de modo geral, elas podem ser de quatro tipos:

- ajudando a enfermagem a cuidar (*"avisa que o soro acabou"* ou *"necessidades fisiológicas"*, *"ajuda na troca"* e *"nos cuidados"* e realiza mudanças de decúbito);
- dando mais informações sobre o paciente aos profissionais de saúde;
- dando apoio ao paciente; e
- fazendo com que a enfermagem esteja mais presente.

Por outro lado, um total de oito enfermeiros apresentaram exemplos de interferências negativas, as quais podem ser classificadas em três tipos:

- questionando (*"o cuidado"*, *"o tratamento"*, *"a conduta"* e *"as técnicas"*);
- não confiando no tratamento (*"acha que o tratamento não é eficaz"*, *"que estão prejudicando o paciente"*, *"não aceitam o tratamento"*, *"tentam impedir o tratamento"*);
- superprotegendo o paciente (*"Trazendo alimentos proibidos"*, *"fazendo o gosto do paciente"*).

É possível identificar que na percepção dos enfermeiros, a interferência da família tanto pode trazer benefícios, como prejuízos ao paciente. A totalidade das manifestações sobre resultados negativos desta interferência diz respeito a dois aspectos: a equipe e o paciente. No que se refere à equipe, os enfermeiros se limitaram a referir que a interferência é negativa porque prejudica a equipe e seu trabalho. Quando prejudica o paciente, no entanto, eles foram

mais minuciosos, como pode ser percebido nos exemplos a seguir: *"... é negativa quando transfere desequilíbrio emocional"*, *"às vezes agrava o quadro patológico do paciente por deixá-lo nervoso"* e *"às vezes por não saber o que esta acontecendo, tem muita ansiedade e deixa isto transparecer"*. A influência desta interferência, por sua vez, é percebida pelos enfermeiros através de manifestações físicas ou psicológicas do paciente, como revela a fala a seguir: *"... o paciente exacerba seus sintomas"*.

Por outro lado, a interferência é interpretada como positiva quando tem um reflexo no estado geral do paciente, isto é *"... através de atos em que demonstra apoio, tranquilizando o paciente"*, quando dá segurança e apoio, favorecendo com que *"o paciente se sinta seguro"*. Ou então, quando reflete um cumprimento das orientações dadas ou seja, *"quando a família recebe bem as orientações"* ou *"aprende com a enfermagem"* o que esta implícito: realizar o cuidado de acordo como é realizado pela equipe de enfermagem.

Dois enfermeiros manifestaram-se fazendo uma reflexão sobre a interferência, assim, um deles afirmou que *"questionamento não é interferência, é uma forma de conhecer o tratamento e de acompanhar os cuidados"* e outro, afirmou que a interferência *"... pode, de certa forma, favorecer a qualidade do cuidado por exigir maior compromisso do enfermeiro com o paciente"*.

Observamos pela maioria das manifestações que muitas das interferências são consideradas como negativas. Isto, ao nosso ver, pode ser decorrente da não compreensão, por parte dos enfermeiros de que, ao interferir, a família pode estar expressando sua afetividade, o que deve ser interpretado como um sentimento natural do ser humano para com seu ente querido, o qual, inclusive, deve ser valorizado e reforçado, pois pode significar um momento ímpar para a interação enfermeiro – familiar.

É importante ressaltar que quando os enfermeiros têm uma atitude favorável à presença da família no hospital, geralmente interpretam a interferência da família também de forma positiva, pois nestes casos acreditam que a família *"se envolve para compreender a patologia"* ou *"para dar segurança ao paciente"*.

### 3.4 Necessidades da família no ambiente hospitalar

Os enfermeiros reconhecem que as famílias que acompanham os pacientes durante o período de internação têm várias necessidades, as quais podem ser agrupadas em dois tipos básicos: de informações e de ordem psicológica. Com relação à necessidade de informa-

ções, eles reconhecem que as famílias necessitam receber informações sobre:

- a) o hospital (*"sua estrutura", "suas regras", "seu espaço físico" e "sua equipe"*);
- b) a doença de seu parente: (*"noções básicas sobre a doença", "seu tratamento" e "os riscos do tratamento"*);
- c) o quadro geral do paciente;
- d) o seu papel (*"formas de ajudar no tratamento", "ser inserido no processo de cuidar"*);

As necessidades de ordem psicológica referidas foram:

- a) ser aceito pela enfermagem (*"ser recebido no local", "compreensão da enfermagem"*);
- b) manter o vínculo com o doente (*"estar perto de seu ente querido"*);
- c) apoio psicológico (*"para aceitar a doença"*).

Outro fato levantado pela maioria dos enfermeiros, é que as famílias, enquanto permanecem no hospital, têm algumas necessidades relativas ao conforto físico, tais como: *"ambiente agradável", "alimentação", "poltronas para descanso"*, entre outros. Entretanto, reconhecem que o ambiente hospitalar, da forma como está estruturado hoje, não oferece condições para acomodar adequadamente as famílias.

### 3.5 O cuidado familiar

Quando perguntado aos enfermeiros que cuidados eles acreditam que a família pode realizar de forma adequada, constatamos que a grande maioria acredita que a família pode desempenhar e bem, os cuidados de manutenção da vida, como: alimentação, higiene, conforto, mobilização e outros. Com relação aos cuidados que a família tem dificuldades para realizar, a maioria alega que são aqueles de reparação, ou seja, cuidados específicos relacionados com o tratamento da doença em si. Contudo, alguns enfermeiros entendem que se houver um treinamento dessas famílias por parte dos enfermeiros, elas terão plenas condições de executar, inclusive estes cuidados, de maneira satisfatória.

### 3.6 Limitações na condução do cuidado familiar

Quanto a este tema, os enfermeiros levantaram vários fatores, o que interpretamos como sendo; limitações de ordem pessoal:

- atributos pessoais (4 manifestações), onde inserimos: *"falta de vocação" ou "aptidão", "problemas ou limitação física", "cansaço" e "esgotamento"*;
- problemas financeiros (10 manifestações),
- disponibilidade de tempo (7 manifestações),
- grau de instrução ou nível cultural (7 manifestações),
- falta de cooperação entre familiares (2 manifestações), entre outros.

Houve também manifestações que consideramos como fatores sociais: *"dificuldade de acesso aos serviços de saúde", "falta de orientação ou esclarecimento", "ausência de acompanhamento de um profissional no cuidado familiar"*.

Percebe-se que os enfermeiros conseguem avaliar, em grande medida, as dificuldades enfrentadas para que o cuidador desempenhe bem seu papel, inclusive pontuando a sua ausência como uma dessas dificuldades.

Quanto a esse aspecto, constatamos que há concordância desses resultados com os achados de alguns estudos que têm investigado os problemas que envolvem o cuidador familiar. Andrade (1996) por exemplo, constatou que os cuidadores sofrem perda ou diminuição da sua renda familiar, por não poderem trabalhar fora do lar; e que eles não são orientados adequadamente pelos profissionais de saúde quanto a melhor forma de conduzir o cuidado familiar.

Almeida (1991), observando as atividades de enfermagem desenvolvidas em unidades básicas de saúde, relata que nestas, a prioridade no atendimento à saúde é a consulta médica. Desta forma, os profissionais não fazem intervenção à nível de grupo social, por conseguinte, ignoram a história de vida do grupo a que pertence o cliente, bem como as ações educativas que deveriam fazer parte do processo de trabalho junto ao mesmo.

Estes fatores, sem dúvida, dificultam ainda mais o desempenho da família junto ao indivíduo doente, limitando o exercício da função de cuidador domiciliar, mesmo quando se tem boa vontade para isto.

### 3.7 O cuidador familiar

Quando perguntado aos enfermeiros como estes identificam o membro da família mais apto a cuidar no domicílio, constatamos que a totalidade dos enfermeiros acreditam que o membro da família mais apto é uma mulher, especialmente a mãe e a filha. Porém, quase a metade destes enfermeiros acreditam que um membro da família do sexo masculino, especialmente o filho, o pai ou o esposo, também podem se constituir em pessoas aptas a cuidar.

Quando o membro doente é uma criança, os enfermeiros apontam a mãe como o principal cuidador (15 manifestações), em segundo lugar aparece a figura do pai (5 manifestações).

No caso de pacientes idosos, as filhas, segundo os enfermeiros, são as que mais cuidam (10 manifestações), os cônjuges vem em 2º lugar (com 4 manifestações para a esposa e 3 manifestações para o esposo), os filhos aparecem como cuidadores em 3º lugar (com 6 ma-

nifestações). Ainda com relação ao idoso enfermo, outros parentes surgem como cuidadores, segundo os enfermeiros. Por exemplo: nora (2 manifestações), genro (1 manifestação) e sobrinho (1 manifestação). Os enfermeiros ainda apontam que não é raro o paciente adulto receber cuidados de irmãos (4 manifestações).

Observa-se que independente do grau de parentesco, o sexo feminino consagra-se, hegemonicamente, como o principal cuidador familiar, o que confirma os achados na literatura sobre o assunto (Budó, 1994; Marcon, 1995).

Os enfermeiros também apontaram as formas pelas quais conseguem identificar o cuidador familiar e, neste sentido, alegam que a observação dos comportamentos e atitudes dos familiares, no momento da internação de seus membros, é a principal fonte de orientação para identificar o familiar mais apto para cuidar. Este, portanto, é identificado:

- pelo interesse que demonstra (4 enfermeiros): *"quem está mais próximo da ambulância", "o familiar que está mais presente";*
- pela demonstração de afetividade: *"aquele que demonstra mais amor ao doente", "aquele que tem maior interação", "pessoa com quem o paciente se identifica";*
- pela iniciativa *"se apresenta mais", "automaticamente se dispõe a conhecer", "pelo comportamento no momento que acompanha";*
- pelas características emocionais: *"pessoa que permite melhor relacionamento com a equipe", "pessoa mais calma, mais compreensiva".*

Os enfermeiros apontam também algumas qualidades que, segundo suas percepções, parecem ser fundamentais para que o indivíduo possa assumir e desempenhar bem o papel de cuidador. Se consideradas a frequência de manifestações e o número de enfermeiros que as referiram, podemos dizer que a principal qualidade do cuidador está relacionada à sua condição pessoal ou de caráter, visto que ela foi abordada por 11 enfermeiros, totalizando 15 manifestações, onde se inclui: *"mais estável emocionalmente", "observadora", "ter paciência", "ter iniciativa", "ter senso de responsabilidade", "ser calma",* entre outros.

A segunda condição mais citada é a questão afetiva, que foi abordada por 9 enfermeiros, totalizando 14 manifestações, entre as quais citamos: *"ser preocupada com o outro", "ter carinho pelo doente", "ser afetuosa", "pessoa mais próxima do paciente..."* Ocupando o terceiro lugar de importância encontramos duas características que foram referidas por sete enfermeiros: a disponibilidade e a capacidade intelectual, donde se destacam as seguintes manifestações *"pessoa com condições de receber orientações", "... facilidade em assimilar as orientações", "nível de compreensão razoável",* etc.

O interesse da pessoa também constitui uma importante qualidade do cuidador, tendo sido citada por 6 enfermeiros que apresentaram manifestações do tipo *"ter boa vontade"* e *"demonstrar interesse em aprender"*.

Por fim, a qualidade citada com menor frequência é a condição física, visto que apenas um enfermeiro valoriza o fato do cuidador ser uma *"pessoa mais jovem"* e um outro, o fato dele *"ter boas condições físicas"*.

Com relação a esta última qualidade, Andrade (1996) por exemplo, em uma vasta revisão da literatura identificou que a maioria dos indivíduos responsáveis pelo cuidado no domicílio tem mais de 45 anos e não raramente apresentam algum tipo de problema de saúde relacionado com a própria atividade de cuidador (hipertensão, lombalgia).

Diante destes resultados, podemos concluir que o enfermeiro é bastante capaz de identificar o membro mais apto a conduzir o cuidado familiar no domicílio, o que contribui muito na orientação e condução de um plano de alta hospitalar, bem como de apoio no processo de cuidado familiar.

### 3.8 Estratégias utilizadas pela família para cuidar

Ao serem questionados sobre a percepção que têm dos arranjos/estratégias da família para cuidar, os enfermeiros se manifestaram avaliando:

- o impacto que é desencadeado na família com o surgimento da necessidade do cuidado, como pode ser percebido nestes exemplos: *"toda a família muda o ritmo de vida", "muda acomodações", "de uma maneira ou de outra se arranjam", "é problemático na maioria das vezes".*
- as mudanças que ocorrem ao longo do tempo: *"no começo funciona, mas depois só um ou dois se responsabiliza", "existe dificuldade para a família fazer revezamento", "... há sobrecarga de um grupo e acomodação de outro", "desencadeia desestrutura familiar".*
- as dificuldades experienciadas: *"percebo que a família precisa criar estratégias", "falta alguém que organize".*

Identificamos que geralmente os arranjos e estratégias são conhecidos pelos enfermeiros no momento em que estes colhem dados para a elaboração de seu plano de cuidados.

Observa-se que, segundo as respostas dos enfermeiros, a família busca encontrar uma saída para resolver os problemas decorrentes de uma situação de doença; entretanto, como veremos a seguir, os resultados desses arranjos podem ou não surtir os efeitos esperados pelos familiares. Assim, segundo a opinião dos enfermeiros, esses arranjos *"são necessários"* e

embora "normalmente ajudam o desenvolvimento do cuidado familiar", eles nem sempre constituem a melhor saída, já que isto "é bastante relativo pois depende do tipo do cuidado que o paciente exige". Além disso, as estratégias adotadas "às vezes sobrecarrega a família", "normalmente não tem continuidade" e "às vezes os arranjos criados pela família atrapalha".

Por outro lado, na percepção dos enfermeiros, as estratégias mais comumente utilizadas pela família são basicamente de dois tipos: o primeiro, é quando este cuidado é assumido pela família como um todo; nestes casos, "há divisão de responsabilidades" (6 enfermeiros), e "rodízio de trabalho" (4 enfermeiros) o que normalmente exige, por parte de alguns membros da família, "adaptação no horário de trabalho" e "disponibilidade para cuidar".

O segundo tipo é aquele onde a responsabilidade é assumida por uma única pessoa, seja espontaneamente ou por delegação, já que na opinião dos enfermeiros a família normalmente "procura encontrar alguém" em seu meio que seja "a pessoa mais disponível". Nestes casos, ainda é muito comum o paciente "ir para a casa do filho mais velho"; além disso eles percebem que essa pessoa que se responsabiliza pelo cuidado, normalmente "deixa de fazer o lazer" ou "abre mão de sua vida particular".

Entre as estratégias adotadas pelas famílias e citadas pelos enfermeiros, existem algumas que, acreditamos, são comuns a quaisquer das duas acima referidas, que é a necessidade de "busca de informações", "adaptação do cuidado frente ao meio onde se vive", "modificações no ambiente físico", "solicitação de ajuda", "adaptação no horário de trabalho" e "aproximação da família com o paciente".

Por fim, na opinião dos enfermeiros existem aspectos positivos e negativos nos dois tipos de estratégias identificadas anteriormente. Quando o cuidado é dividido, os aspectos negativos apresentados foram: "o doente se adapta mais a uma pessoa e acaba sofrendo", "prejudica no caso de separação de ente querido", "em algumas situações constrange muito o paciente na hora de solicitar o cuidado" e "não existe continuidade" e a única positiva foi "a tendência é melhorar porque se é só uma pessoa que cuida, há o stress".

Do exposto anteriormente concluímos que as afecções que acometem um membro familiar, seja do tipo crônico ou não, sempre provocam grande impacto no meio familiar, mormente se esta afecção é acompanhada de incapacidade funcional. Neste caso, a família naturalmente cria estratégias para adaptar-se a nova situação, buscando minimizar este impacto.

Entendemos que, os depoimentos apresentados anteriormente, refletem a autonomia da família na escolha de estratégias para cuidar no domicílio. Entretanto, acreditamos que faz parte do papel do profissional enfermeiro, ajudar a família a encontrar o caminho mais adequado para resolver os seus problemas. Esta ajuda pode ser efetivada através de um plano de ação que inclua, entre outros aspectos, a educação para a saúde, orientações sobre os cuidados necessários, encaminhamentos, apoio emocional.

Consideramos, ainda, que a efetivação desta ajuda também poderá ocorrer através do reconhecimento de uma grande estratégia da família, qual seja: a capacidade que o cuidador tem em conseguir, de maneira simples, enxergar o indivíduo doente como um ser único e indivisível, além de centrar suas ações na pessoa e não na patologia. Isto sem dúvida estimula as forças vivas do indivíduo enfermo e tem se constituído em objeto de investigação e de busca dos profissionais de enfermagem. Contudo, este é um aspecto da assistência que, apesar de todo o conhecimento já produzido, ainda não conseguimos traduzir, de forma efetiva, para nossa prática profissional.

### 3.9 Ambiente onde ocorre o cuidado

Este tema busca elucidar em que ambiente, na concepção dos enfermeiros, o paciente é melhor cuidado. A constatação foi de que para eles não existe uma regra, pois manifestaram que isto depende, entre outros aspectos, do hospital e das condições da família. Entretanto, houve muitas manifestações no sentido de que, sob determinadas condições (estabilidade da doença, doença crônica de evolução lenta), o paciente pode ser melhor cuidado no domicílio. Além disso, constatamos que existe uma tendência dos enfermeiros a acreditarem que o paciente é melhor cuidado no domicílio, visto que a maioria deles acredita que "além de cuidados específicos a cada doença, os pacientes também precisam de afeto", "atenção", "integração social", "lazer", "manutenção de alguns hábitos como sono, banho entre outros", o que sabemos, só pode ser oferecido num ambiente domiciliar.

Ademais, a maioria acredita também que cuidados simples ou de manutenção, como higiene, nutrição, conforto e repouso, podem ser realizados de forma adequada no domicílio.

Por outro lado, os enfermeiros acreditam que em algumas situações, dada a complexidade do tratamento, os pacientes são melhor cuidados no hospital, onde existem equipamentos e profissionais treinados para sua realização.



Constata-se através das manifestações dos enfermeiros que estes conseguem visualizar a importância do ambiente doméstico na recuperação do paciente, embora reconheçam também que em certas condições é imprescindível o papel da instituição. No entanto, ao investigarmos as informações que são passadas aos cuidadores por ocasião da alta hospitalar, verificamos que estas são focalizadas basicamente na patologia e no tratamento (25 manifestações) e que são poucos os enfermeiros que também procuram repassar informações centradas na pessoa em si (8 manifestações), como pode ser percebido nas verbalizações a seguir: "*relacionamos mãe e filho*" e "*... esclarecimentos sobre o seu direito de exigir*".

Acreditamos que as orientações que estão sendo prestadas por ocasião da alta hospitalar ainda não condizem, em muito, com as necessidades da família, tendo em vista uma melhoria na condução do processo de cuidado no domicílio.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando o propósito formulado no início deste trabalho, que era identificar formas como os enfermeiros avaliam o cuidado familiar, tratamos agora de expor algumas conclusões a que chegamos.

Foi possível detectar que na percepção dos enfermeiros sobre o cuidado/cuidador, existe uma avaliação implícita, caracterizada pela subjetividade e pela experiência de cada enfermeiro com a família e com o processo de cuidado vivenciado no contexto de trabalho onde estão inseridos.

Neste sentido, concluímos que a maioria dos enfermeiros provavelmente não conseguem manter uma interação efetiva com a família, o que pode estar dificultando a integração entre o cuidado formal e informal. Esta dificuldade de articular o cuidado formal profissional/científico com o cuidado informal, familiar, prejudica a condição dos enfermeiros de avaliar o desempenho do cuidador e a qualidade do cuidado.

Em função disso, o enfermeiro faz uma avaliação do cuidado/cuidador familiar, de acordo com suas percepções individuais, o que denota não existir formas, padrões ou parâmetros que orientam uma avaliação sistemática do processo de cuidado familiar. Esta condição favorece uma avaliação do cuidado familiar baseado no comportamento da família e na condição do paciente durante o retorno, sem contextualizar essa prática no sistema social mais amplo. Trata-se, portanto, de uma avaliação reducionista, deficiente e superficial, com base no aqui e agora.

Isto reflete a ausência de integração efetiva entre o sistema formal e informal de apoio

à saúde. Entendemos que é necessário uma maior atenção à família cuidadora. Mister se faz considerá-la como peça importante no processo saúde/doença, e dessa forma, reconhecer efetivamente a existência do cuidado informal. Diante disso, é oportuno criar programas de integração com a família do paciente, onde o diagnóstico, a educação, o apoio e avaliação do processo de cuidado familiar passe a fazer parte das ações do profissional enfermeiro.

Acreditamos sim, que o enfermeiro é o profissional mais apto para integrar-se ao cuidado familiar; afinal, qual outro profissional poderia assumir esse papel? Na nossa concepção, o enfermeiro não pode deixar de considerar que o paciente não é um ser abstrato e isolado, mas sim que encontra-se inserido num contexto social e mais especificamente familiar. Considerando este fato, a mesma preocupação dispensada ao paciente, também deve ser dispensada à sua família, compreendendo-a como uma extensão do paciente, que pode também ter medos, irritações, cansaço, falta de conhecimento, e muitos outros problemas.

O fato da família receber assessoria de um profissional da área da saúde, comprometido com o propósito de ajudá-la a enfrentar e transpor os desafios que acompanham o processo de ser saudável, adoecer, cuidar e curar de cada família, fará com que as mesmas experienciem a sensação real de não estarem sós no enfrentamento de seus problemas cotidianos de saúde.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ALMEIDA, M. C. P. de *O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva - rede básica de saúde em Ribeirão Preto*. Ribeirão Preto, 1991. 297p. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- 2 ANDRADE, O. G. *Cuidado ao idoso com seqüela de acidente vascular cerebral: representações do cuidador familiar*. Ribeirão Preto, 1996. 177p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo
- 3 BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Trad. Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições Jo, 1994.
- 4 BRODY, E. Women in the middle and family help to older people. *Gerontologist*, v.21, p.471-480, 1981.
- 5 BUDO, M. L. D. *Cuidando e sendo cuidado: um modelo cultural de suporte à saúde em comunidade rural de descendentes de imigrantes italianos*. Santa Maria, 1994. 222p. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) - Universidade Federal de Santa Maria.
- 6 COLLIÈRE, M. F. *Promover a vida*. Trad. Maria Leonor Braga Abccasis. Lisboa: Printipo - Damaia. 1989.
- 7 GOLDSTEIN, V.; REGNERY G. C.; WELLIN, E. Caretaker role fatigue. *Nursing Outlook*, v.29, n.1, p.24-30, 1981.
- 8 MARCON, S. S. *O processo vivenciado pelas famílias em relação à concepção e contracepção*. Trabalho apresentado na III Conferência Ibero-Americana sobre Família, São Leopoldo, Rio Grande do Sul, nov.1995. Mimeogr.

- 9 VERAS, R. P.; RAMOS, L. R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. *Rev. Saúde Públ.*, v.21, n.3, p.225-233, 1987.

Endereço do autor: Sonia Silva Marcon  
Author's address: Rua Prof. Jailton Saraiva, 526  
87.045-300 - Maringá - Pr.

### ABSTRACT

*The aim of this study was to assess the way used by nurses for evaluate the family care and the caregiver. The method used was a quali-quantitative one. A semi-structure interview was the instrument chosen to collect data. It was applied to 20 (twenty) nurses from a University Hospital within the months of April and May, 1996. Data analysis was based on the Bardin's Content Analysis Technique (1994). The results demonstrated that nurses are not systematic in evaluating family care and the caregiver, but they use their intuition, based on momentaneous decisions. This reveal a difficulty of integration between the formal and the informal care caused by lack of interaction or effective valorization of the family care process.*

**KEY WORDS:** *care, family care, caregiver and evaluation*

### RESUMEN

*El presente estudio tuvo como objetivo, identificar la forma de como los enfermeros evalúan el cuidado/cuidador familiar y fue desenvuelto al través de una estrategia cualicuantitativa. Para la colecta de datos se utilizó una entrevista semi-estructurada aplicada a 20 enfermeros de un hospital universitario, en los meses de abril y mayo de 1996. El procedimiento para el análisis de los datos se basó en la técnica del Análisis de Contenido pregonado por BARDIN (1994). Los resultados posibilitaron concluir que los enfermeros no disponen de una sistematización para evaluar el cuidado/cuidador familiar, sino que hacen uso de la intuición, basada en el aquí y ahora, reflejando la dificultad de integración entre el cuidado formal y el informal, originada por la ausencia de una interacción ou valoración efectiva del proceso del cuidado familiar.*

**DESCRIPTORES:** *cuidado, cuidado familiar, cuidador familiar y evaluación.*